

FLAVIA RAYANE FERNANDES DA SILVA

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS CESARIANOS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de artigo apresentada em quanto requisito para obtenção de título de Bacharelado em enfermagem Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, sob orientação do Doutor Henry Maia Peixoto.

BRASÍLIA

2016

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS CESARIANOS NO BRASIL

CHARACTERIZATION OF CESARIAN DELIVERY IN BRAZIL

Flavia Rayane Fernandes da Silva¹

Henry Maia Peixoto²

Resumo:

Desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de cesariana abaixo de 15%, onde taxa superior a esta se torna injustificável. Evidências apontam que no século XXI as taxas de nascimento por cesárea contrariam tal preconização. A partir dos dados levantados a nível nacional, tenta-se caracterizar a proporção de partos cesarianos ao longo dos 10 anos estudados. Neste contexto, identificou-se uma ascensão das operações cesarianas no decorrer dos anos. Evidenciou-se que taxas mais elevadas ocorreram principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, em mulheres separadas judicialmente, seguido das casadas, com idade acima de 30 anos. Gestantes entre 32 e 36 semanas de gestação, com gravidez dupla ou mais, que fizeram 7 consultas ou mais foram as que apresentaram maior proporção de parto cesáreo. Destaca-se entre as variáveis neonatais analisadas a alta incidência de recém-nascidos (RN) com peso de 1000 a 1,499g, considerados baixo peso, nasceram principalmente de parto cesáreo. E por fim quanto à avaliação do índice de apgar no 1º minuto evidenciou-se que a maior parte dos RN de parto vaginal apresentaram dificuldade de adaptação a vida extrauterina, no entanto no 5º minuto, estes evoluíram apresentando nota superior, demonstrando melhor adaptação a vida extrauterina, enquanto os RN de parto cesáreo não mantiveram a nota inicial obtida. Não foi possível distinguir neste estudo as possíveis razões para tal progressão das cesarianas no Brasil, por se tratar de dados generalizados. Para tanto, baseou-se em evidências bibliográficas. Por fim, se faz necessário que algumas intervenções sejam realizadas para que seja revertido a indesejável tendência da elevação de operações cesáreas.

Descritores: cesárea, cesariana, parto humanizado, obstetrícia, mortalidade neonatal, gestação, gravidez.

Abstract: Since 1985, the World Health Organization (WHO) has recommended a cesarean rate of less than 15%, where a rate higher than that is unjustifiable. Evidence shows that in the 21st century, cesarean birth rates contravene such advocacy. Based on data collected at the national level, it was possible to characterize the proportion of cesarean deliveries over the 10 years studied. In this context, a rise of cesarean operations has been identified over the years. It was evidenced that higher rates occurred mainly in the South, Southeast and Central West regions, in women legally separated, followed by married women, aged over 30 years. Pregnant women between 32 and 36 weeks of gestation, with double pregnancy or more, who had 7 or more consultations were those who presented the highest proportion of cesarean delivery. Among the neonatal variables analyzed, the high incidence of newborns (NB)

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB. flaviarayanef@gmail.com.

² Doutor em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (UnB) e Docente de Enfermagem do UniCEUB. henry.maia@uniceub.br.

weighing between 1,000 and 1,499g is highlighted. Considered low birth weight, were born mainly from cesarean section. Finally, the evaluation of the apgar index in the first minute showed that most of the newborns of vaginal delivery had difficulty adapting to extrauterine life, however at the 5th minute, they evolved presenting a higher grade, demonstrating a better adaptation to life. While the infants born cesarean did not maintain the initial note obtained. It was not possible to distinguish in this study the possible reasons for such progression of cesarean sections in Brazil, since these are generalized data. For this, it was based on bibliographical evidence. Finally, it is necessary for some interventions to be performed in order to reverse the undesirable tendency to increase cesarean operations.

Descriptors: cesarean section, humanized childbirth, obstetrics, neonatal mortality, gestation, pregnancy.

1- INTRODUÇÃO

Mais da metade dos partos cesáreos realizados no país são agendados enquanto a grávida ainda está na fase do pré-natal. Pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostra que 53,5% dos partos foram marcados com antecedência, ainda durante o pré-natal e que mais da metade (55,3%) foram cirurgias cesarianas. No sistema privado as cesarianas representaram 74,16%, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS), essa proporção foi de 35,79% (BRASIL, 2015a).

Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%, associadas entre uma diminuição na mortalidade materna e neonatal, sabendo-se que o parto natural proporciona algumas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, incluindo recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Essas taxas têm proporcionado uma maior morbimortalidade materna e tornando-se um problema de saúde pública (FABRI et al., 2002).

A cesárea é definida como a extração do feto por meio de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia). Em geral, é realizada quando o trabalho de parto está contra-indicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja conseguido, com segurança, num intervalo de tempo necessário para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna maior do que aquela esperada após o parto vaginal. (BRASIL, 2008)

As indicações absolutas mais tradicionais são: desproporção céfalo-pélvica, hemorragias no final da gestação, ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez, bebê transverso, e sofrimento fetal. A ocorrência de diabetes gestacional, amniorrex prematura são consideradas indicações relativas para a cesariana (BRASIL, 2010)

É uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. No entanto, essa intervenção não é isenta de risco. (PATAH; MALIK, 2011). Quando realizada sem a correta indicação pode levar a graves complicações (BRASIL, 2015b). Dentre estas podemos destacar complicações como, maiores chances de a mulher desenvolver infecção puerperal, risco de mortalidade e morbidade materna, e de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da puérpera, maior período de separação entre mãe e bebê, levando a atraso e

difficuldade de lactação, e maior tempo de hospitalização, o que gera elevação de gastos para o sistema de saúde. (GONÇALVES; MISSIO, 2009; BITTENCOURT; VIEIRA; ALMEIDA, 2013).

Ainda assim, estudos demonstram que ocorre mundialmente uma elevação dos partos cesáreos (FABRI et al., 2002; FREITAS; SAVI, 2011).

As principais justificativas encontradas na literatura internacional para tanto são fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo (PATAH; MALIK, 2011; FREITAS et al., 2005).

Desde a década de 80 o fenômeno do aumento exagerado das indicações de cesarianas tem sido foco de atenção por causa do aumento da morbimortalidade materna e perinatal, dos custos associados com o procedimento e pela ausência de impacto nas taxas de perimortalidade (BRASIL, 2008).

Diversos são os motivos encontrados em pesquisas para justificar tal acontecimento entre eles destaca-se o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e do suporte médico pré- parto e pós-parto, que contribuiu para o entendimento da cesárea como procedimento inócuo e supervalorizado (SAKAE et al., 2009).

Entretanto, outros fatores menos comentados colaboram para a realização desse procedimento: O temor materno da ansiedade e dor do trabalho de parto, a preocupação parental com o bem-estar fetal, a experiência negativa com partos anteriores, o fato de já ter sido submetida a uma cesariana sem complicações, a conveniência de um parto agendado para a equipe de saúde e a paciente, o medo de contestação pelos médicos e especialmente a percepção equivocada sobre os benefícios do parto cesáreo (MARCOLIN, 2014).

Neste contexto o presente estudo teve por objetivo avaliar a proporção de partos cesarianos no Brasil durante dez anos.

2- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários. Para a realização da análise estatística referente ao sistema de informações sobre os nascidos vivos (SINASC) no Brasil, foram utilizadas informações oficiais de acesso e de domínio público do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

onde foram extraídos dados referentes aos partos cesarianos e vaginais realizados no Brasil no período de 2004 a 2013, contados segundo o local de residência da mãe.

Para construção do presente estudo, se procedeu aos levantamentos bibliográficos eletrônicos junto à base de dados informatizados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e de revistas científicas indexadas nas bases LILACS e SCIELO, para tanto foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na Biblioteca Virtual de Saúde: cesárea, cesariana, parto humanizado, obstetrícia, mortalidade neonatal, gestação, gravidez, adquirindo desta forma, artigos de periódicos científicos e teses e publicações oficiais. Utilizou-se ainda documentos oficiais de manuais e Cadernos de Atenção do Ministério de Saúde.

As variáveis analisadas incluíram os dados sócio- demográficos, maternos, obstétricos e neonatais. Dentre as variáveis sociodemográficas incluiu-se o local de ocorrência, região, idade da mãe, estado civil e escolaridade. Dentre as variáveis maternas incluiu-se duração da gravidez em semanas, número de consulta pré-natal, tipo de parto (cesáreo ou vaginal) e tipo de gravidez (única ou múltipla). Dentre as variáveis neonatais inclui-se, índice de “apgar” no primeiro e quinto minuto e peso ao nascer.

As informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) demonstram um aumento das taxas de cesariana no país, entretanto, apesar desse sistema permitir uma análise ampla dos indicadores, estes se restringem às gestações que resultaram em nascidos vivos.

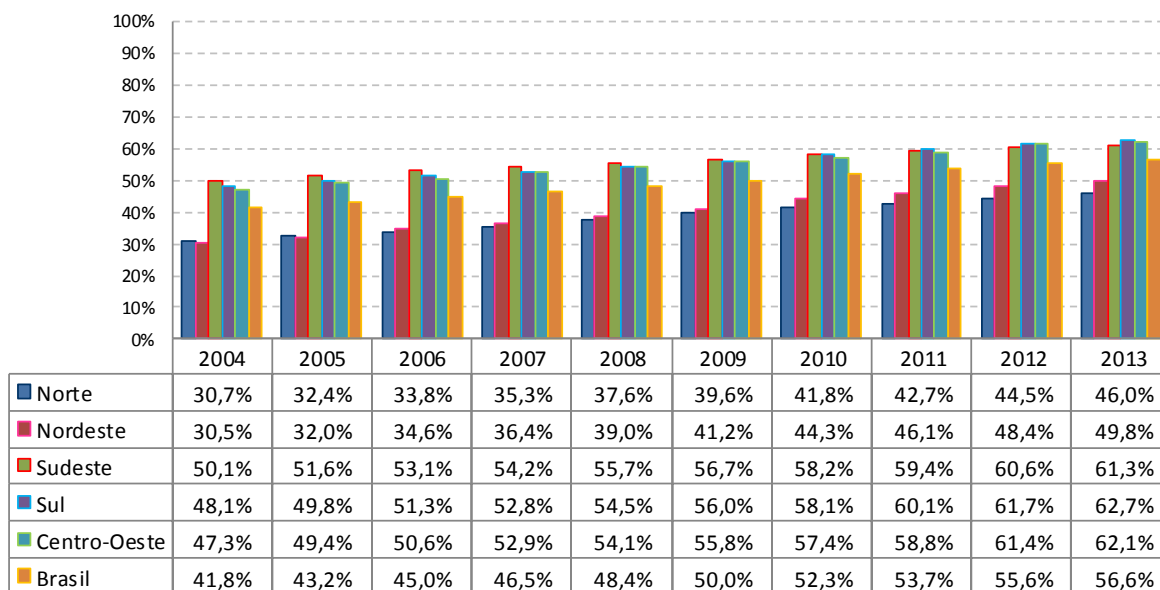
3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1- Características Sociodemográficas

As características sociodemográficas dos nascidos vivos no Brasil contidas neste estudo são: Região de nascimento, idade da mãe, estado civil da mãe e instrução da mãe ao longo dos dez anos estudados.

. Por meio da Figura 1, é possível visualizar o percentual de nascidos vivos de parto cesáreo conforme região ao longo dos dez anos estudados.

Figura 1 – Quantitativo de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e região



Fonte: DATASUS, 2015.

Na figura 1, verificou-se o aumento das taxas de cesariana no Brasil em porcentagem, evidencia-se que esse resultado foi bastante expressivo nos últimos 10 anos, em 2004 o número de partos por via vaginal foi de 58% (nº1.756.180) em contrapartida o parto cesáreo representou 41,8% (nº1.263.634). No entanto em 2013 ocorreu um aumento expressivo do parto cesariano um universo de 56,6% (nº1.644.557). Tal prática obstétrica tornou-se tão banalizada que neste mesmo ano nas regiões Sul e centro Oeste a taxa chegou a 62,7% (nº242.515) e 62,1% (nº145.712), respectivamente. Durante os anos de 2004 a 2013, a região Norte e Nordeste apontaram percentuais menores quando comparado as demais regiões. Em contrapartida as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, apresentaram o maior número com aumento progressivo de partos cesarianos entre todas as regiões do país.

Estudos indicam que o parto cesariano é realizado no Brasil em maior número nas populações que possuem maior poder aquisitivo, na zona urbana, com planos de saúde privados e que tem maior possibilidade de acesso ao atendimento médico especializado em obstetrícia (FREITAS; MARTINS; MAGALHÃES, 2006).

Weidle et al, (2014), afirmam em seu estudo que visa identificar a preferência das gestantes em relação a via de parto, que a cesariana vem aumentando no Brasil nos últimos anos, principalmente na Região Sul. Este resultado foi igualmente identificado neste estudo, como descrito anteriormente, com taxas acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tal fato é confirmado no Brasil não apenas em uma região isolada, pois as altas taxas contemplam em geral todas as regiões brasileiras. No ano de 2015, a Organização Mundial de

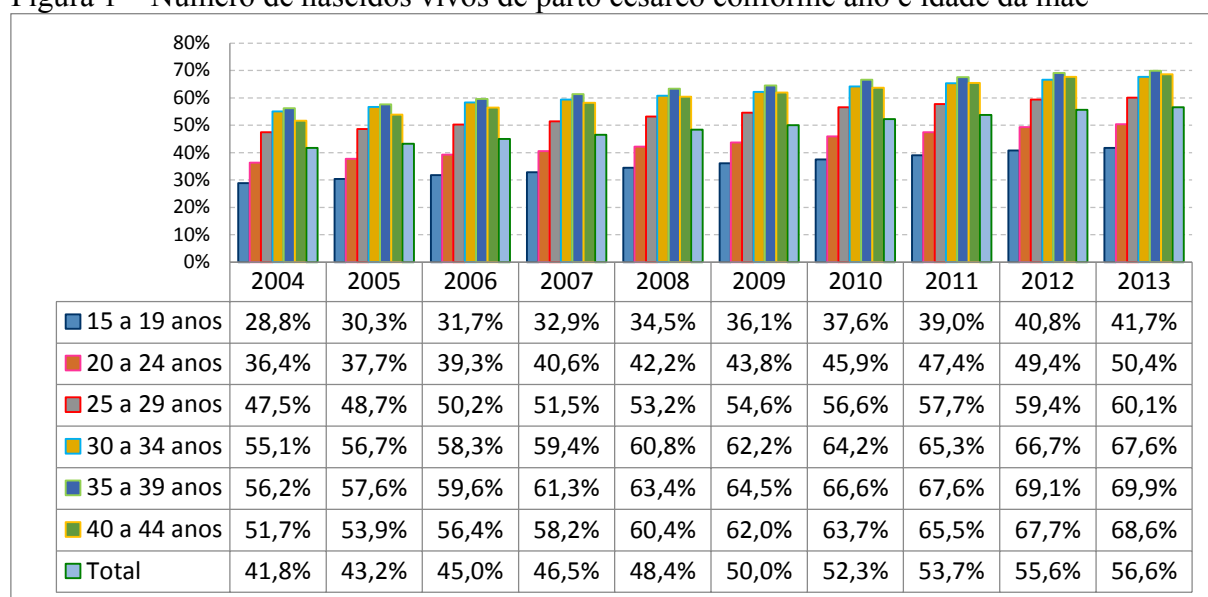
Saúde, declarou que o país vivenciava uma epidemia de operações cesarianas, onde nas últimas décadas a taxa nacional dessas operações aumentaram progressivamente, sendo considerada hoje, o modo mais comum de nascimento no Brasil. Vale ressaltar que o país se encontra no topo do ranking dos países que mais realizam o procedimento. Tal declaração foi realizada em Genebra, afim de convencer os hospitais, obstetras e mulheres a repensarem na escolha da via de parto (RODRIGUES et al., 2016).

Nos países desenvolvidos, aproximadamente 30% das cesarianas devem-se a cesarianas anteriores, 30% por distorcia, 11% por apresentação pélvica e 10% por frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora. Em alguns países da América do Sul, a frequência de cesarianas já chegou a 80%, apresentando associação direta com a renda per capita do país. Em revisão uma bibliográfica que descreve as taxas de cesárea em diferentes países, constatou-se que existe uma baixa taxa de cesarianas em alguns países africanos, devido a falta de disponibilidade de assistência médico-hospitalar e de barreiras de acesso aos cuidados para a população (PATAH; MALIK, 2011).

Reconhecem-se que os determinantes das cesarianas são bastante complexos, incluindo condições financeiras, atitudes culturais e sociais das pacientes e das sociedades (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

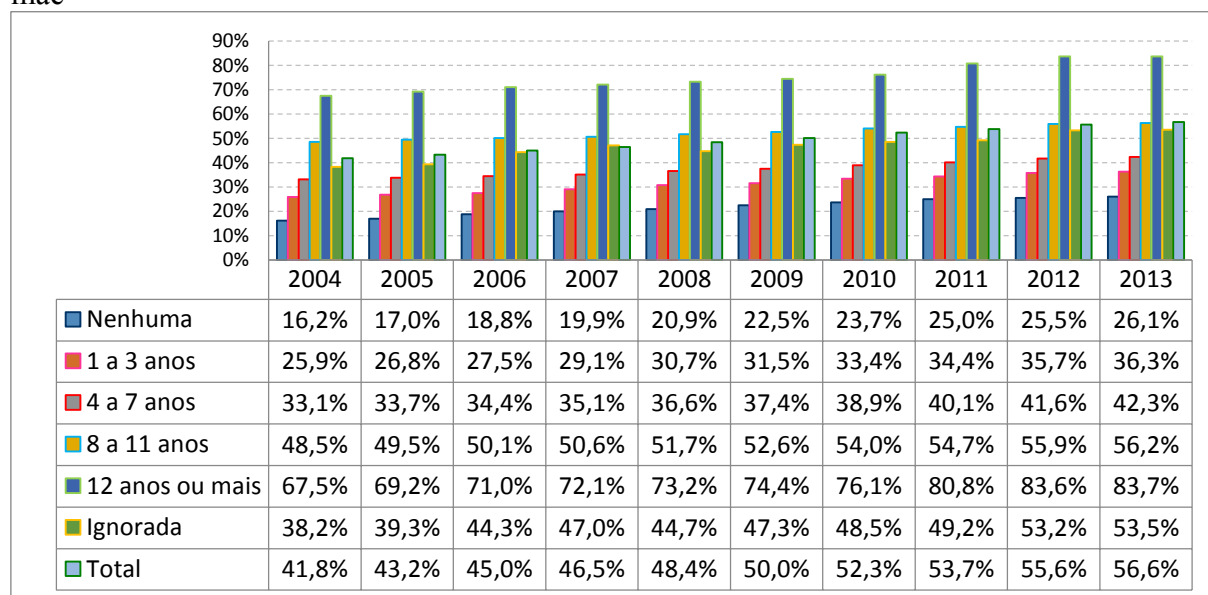
As figuras 2, 3 e 4 representam os dados sociodemográficos levantados ao longo dos dez anos analisados. Por meio da Figura 2, é possível visualizar o percentual de nascidos vivos de parto cesáreo conforme a idade da mãe. A figura 3 representa a proporção de nascidos vivos de parto cesáreo conforme o grau de instrução. A figura 4 mostra a distribuição da amostra de cesariana quanto o estado civil da gestante.

Figura 1 – Número de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e idade da mãe



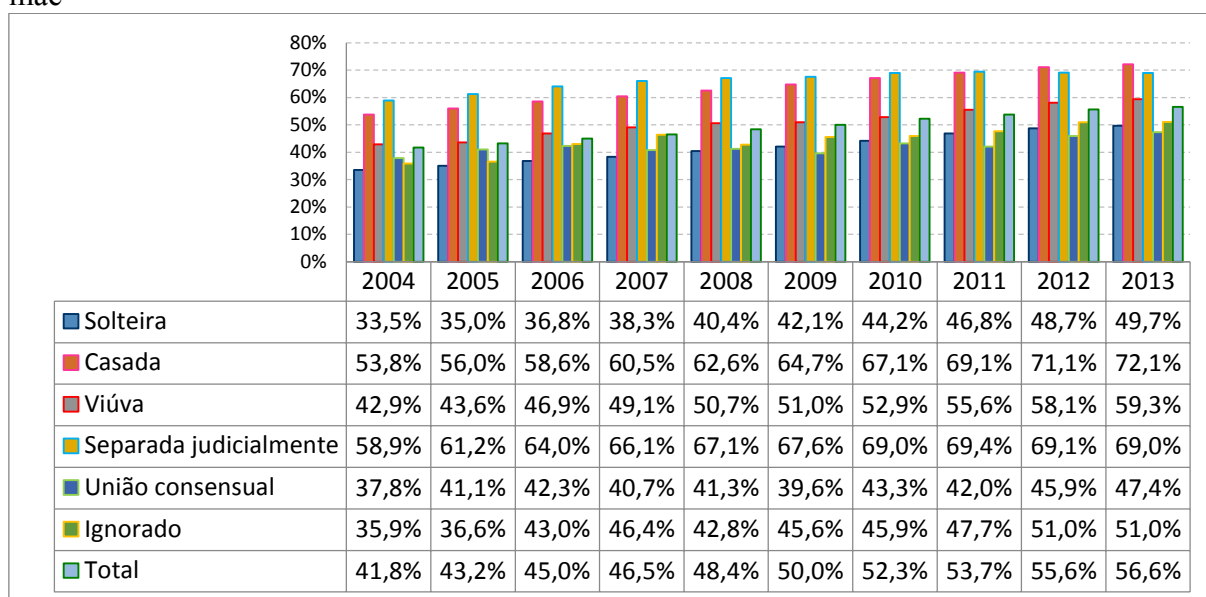
Fonte: DATASUS, 2015.

Figura 2 – Percentual de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e instrução da mãe



Fonte: DATASUS, 2015.

Figura 3 – Percentual de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e estado civil da mãe



Fonte: DATASUS, 2015.

O aumento progressivo das taxas de cesariana no Brasil apresentou uma distribuição desigual, sendo nos dez anos analisados maiores nas mulheres com 30 anos ou mais, as quais sempre apresentaram um percentual maior de partos cesáreos quando comparadas as gestantes com idade inferior a 30 anos.

As taxas foram mais elevadas entre as mulheres separadas judicialmente, seguido das casadas, com maior grau de instrução, residentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste. Em todos os casos é evidente o aumento proporcional no decorrer dos anos, no entanto, os fatores clínicos e obstétricos são desconhecidos. Essa elevação constante remete o país a uma situação alarmante tendo em vista que a cesárea é uma intervenção cirúrgica que envolve riscos maternos e neonatais.

A maior percentagem de cesarianas à medida que aumenta a idade da mulher deve estar relacionada tanto à maior frequência de complicações, como hipertensão e outras doenças crônicas, quanto ao incremento na percentagem das que já não desejam ter mais filhos e solicitam a laqueadura (CARVALHO et al., 2007).

Segundo Sass e Hwang (2009), a afirmação de que as mulheres com maior escolaridade e provável melhor condição socioeconômica preferem cesáreas pode não ter base consistente. No entanto, em uma revisão de literatura quanto as taxas de cesarianas realizadas no hospital das clínicas de Porto Alegre, identificou-se importantes mudanças socioculturais que influenciaram diretamente nas características da natalidade (PAIM, et al., 2008). Isso nos

indica que a mudança de comportamento da mulher, no que diz respeito à idade em que engravidam, está ligada ao maior grau de escolaridade e maiores oportunidades de emprego (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2006).

A cesariana embora por muitas vezes possa salvar a vida da mãe e/ou feto, em certos casos, o evidente aumento de seus percentuais não se encontra associado a reduções concomitantes na morbimortalidade materna e fetal, o que levanta a relevante preocupação de que ela seja realizada em demasia (GREGORY et al., 2012).

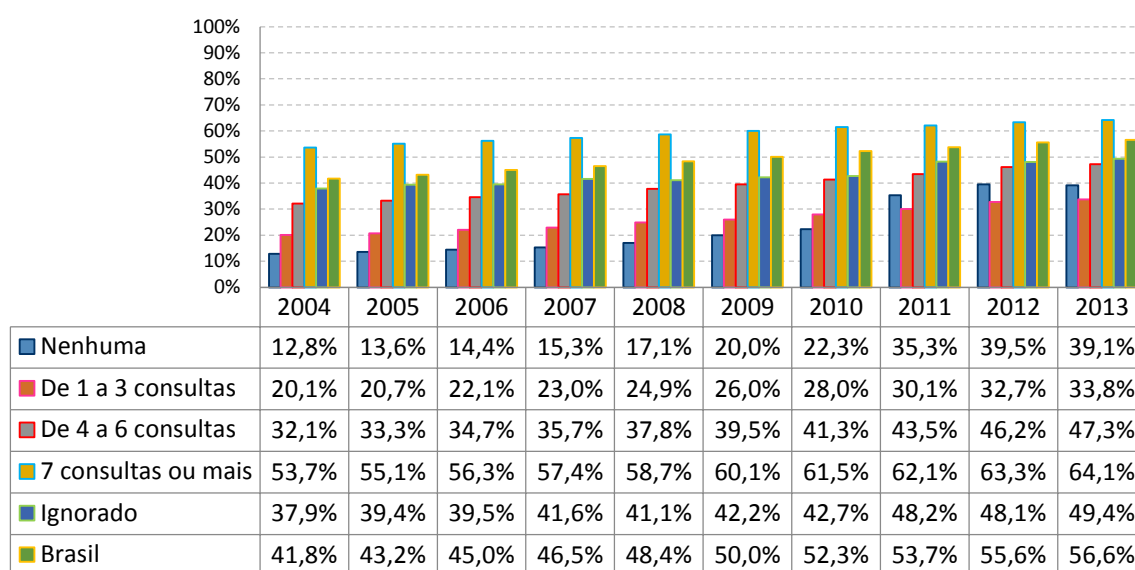
Resultados adversos oriundas dessa via de parto podem ser permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico (OMS, 2015). A morbidade materna relacionada à cesariana é representada por aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acarreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas. (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010). Estudos demonstram que há uma associação da cesariana eletiva relacionado com maior frequência de infecção e de hemorragia maternas (NOMURA et al., 2004; ALBAN et al., 2009).

Complicações neonatais incluem síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (RN), hipertensão pulmonar persistente, asfixia, atraso no desenvolvimento neurológico, admissão em UTI neonatal, tocotraumatismos, estabelecimento tardio da amamentação (FOGELSON et al., 2005). O risco de morte neonatal após a alta hospitalar permanece maior entre os recém-nascidos de cesariana eletiva (VILLAR et al., 2007). A cesárea tem sido associada ao risco aumentado de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte fetal e neonatal em gestações subsequentes, com implicações relevantes para a família, a sociedade e todo o sistema de saúde (HEMMINKI; SHELLEY; GISSLER, 2005).

3-2 Características Maternas

As características maternas dos nascidos vivos no Brasil contidas neste estudo são: duração da gestação, número de consultas de pré-natal e tipo de gravidez. A Figura 5 representa o número de nascidos vivos conforme ano, tipo de parto e consulta pré-natal. Por meio da figura 5 é possível visualizar o número de consultas pré-natal realizados ao longo dos dez anos estudados.

Figura 4 – Percentual de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e número de consultas pré-natal



Fonte: DATASUS, 2015.

Observa-se que quanto maior o número de consultas de pré-natal, maior é o percentual de partos cesáreos, com exceção dos anos de 2011, 2012 e 2013, em que os percentuais de partos vaginais de gestantes que não tiveram nenhuma consulta pré-natal ultrapassou os percentuais de partos cesáreos, permanecendo de igual forma nas gestantes que fizeram de 1 a 3 e 4 a 6 consultas. Foi possível evidenciar ainda durante a análise destes mesmos anos, o alto número parto cesáreo quando comparado ao parto vaginal com maior número de consultas pré-natal, ou seja, 7 consultas ou mais.

Possíveis hipóteses levantadas para tais resultados seriam: dado que nos hospitais privados a proporção de partos cirúrgicos supera a dos hospitais públicos, as mulheres cujo parto foi realizado em hospitais privados podem ter realizado um maior número de consultas na rede privada possivelmente pelo fácil acesso aos serviços de saúde. Apesar disso o aumento da cobertura de acompanhamento pré-natal não reflete melhoria na qualidade dessa atenção, uma vez que se constatou uma elevada incidência de partos cesarianos, tendo em vista que o acompanhamento pré-natal visa também esclarecimentos à gestante quanto os benefícios do parto normal minimizando ou até eliminando os mitos, medos e receios que possam surgir ao longo da gestação.

Quanto maior o número de consultas espera-se que seja menor a quantidade de intervenções cesarianas e consequentemente maior a realização de parto via vaginal. Portanto estes resultados alarmantes demonstram que se faz necessário mudanças imediatas a serem

tomadas, entre elas o tipo de orientação recebida, para que haja avanços na qualidade da assistência pré-natal.

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconiza um número mínimo de consultas pré-natal que deverá ser de seis consultas, sendo estas divididas preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. Justifica-se que a maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns no último trimestre gestacional (BRASIL, 2014).

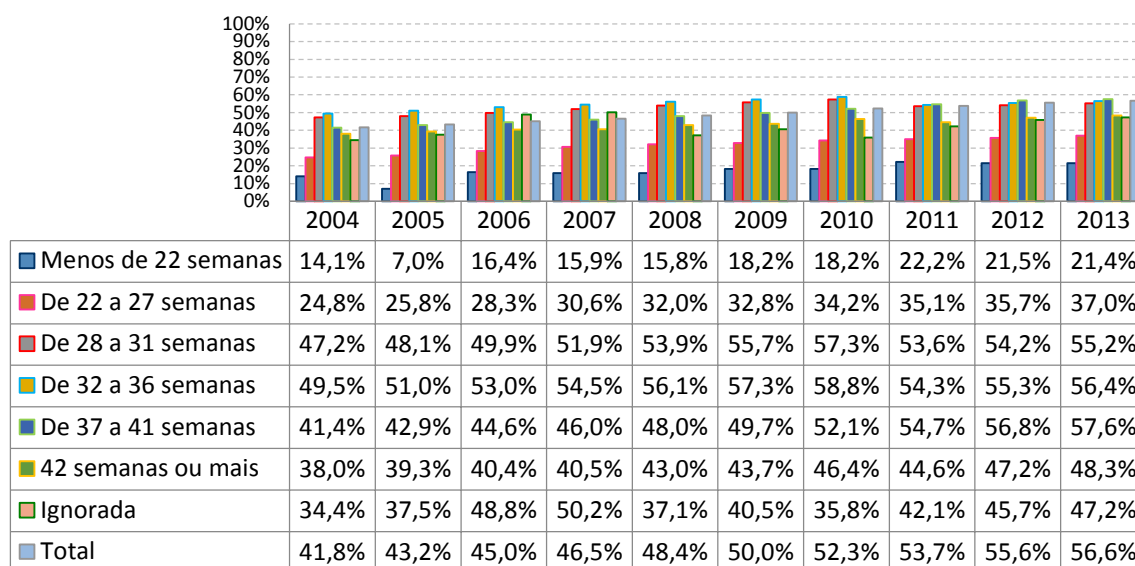
Teoricamente, é no pré-natal que os profissionais de saúde promovem a troca de informações acerca das vias de parto, buscando estabelecer as diferenças existentes entre elas e identificando as vantagens e as desvantagens do parto vaginal em relação ao parto cesáreo. Além disso, é de suma importância o apoio emocional, a fim de garantir à mulher o bem estar durante a gestação, parto e puerpério; bem como contribuir para reduzir a ansiedade, a insegurança e o medo do parto (SOARES et al., 2009).

Foi realizado uma análise entre os anos de 2002 a 2004, a fim de identificar os fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. Os resultados também apontaram maiores taxas entre as mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal, chegando-se a uma conclusão de que é possível que um maior contato com o obstetra tenha uma forte influência na decisão por cesariana nas gestantes que tiveram o acompanhamento pré-natal (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

Em recente resolução normativa publicada em Fevereiro de 2016 pela Agência Nacional de Saúde (ANS) determina que as gestantes deverão ter livre acesso aos percentuais das cirurgias cesáreas e partos vaginais, por estabelecimento de saúde, por operadora e por médico, além de comprovar a utilização do partograma e o cartão da gestante. Além disso, estabelece ainda que os médicos deverão entregar as gestantes em três consultas distintas, durante o acompanhamento pré-natal uma nota de orientação à gestante, objetivando a diminuição dos altos índices de cesarianas desnecessárias.

A distribuição de parto cesáreo segundo a duração da gestação, está demonstrada na figura 6.

Figura 5 – Quantitativo de nascidos vivos de parto cesariano conforme ano e duração da gestação



Fonte: DATASUS, 2015

Por meio dos dados disponíveis no Sistema de Informações dos Nascidos Vivos (Sinasc) na maioria dos descritores utilizados notou-se que prevalece o aumento progressivo das operações cesarianas, porém, apesar de abranger todo território nacional, não é possível diferenciar as ocorrências dos partos realizados em hospitais privados e públicos, fator que poderia revelar resultados fidedignos e individualizados.

Cabe salientar que de acordo com estudos recentes publicados em 2016, pelo Ministério da Saúde através da Diretriz de atenção à gestante a operação cesariana as taxas de operações cesarianas no Brasil chegam a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país tendo em vista que 85% destes ocorrem nos serviços privados, 40% nos serviços públicos.

Ressalta-se que cesárea desnecessária aumenta os riscos reprodutivos independente de ser esta realizada pela rede pública ou privada, além disso a operação cesariana pode interferir diretamente no vínculo entre a mãe e o bebê, assim como no aleitamento materno.

Tal constatação pode ser confirmada por meio de estudos referindo que independentemente do nível de desenvolvimento local, capacitação do sistema de saúde, do tipo de paciente assistida e nível de complexidade hospitalar, todos os cenários exibiram resultados similares quanto à associação da cesárea com eventos adversos, como maior

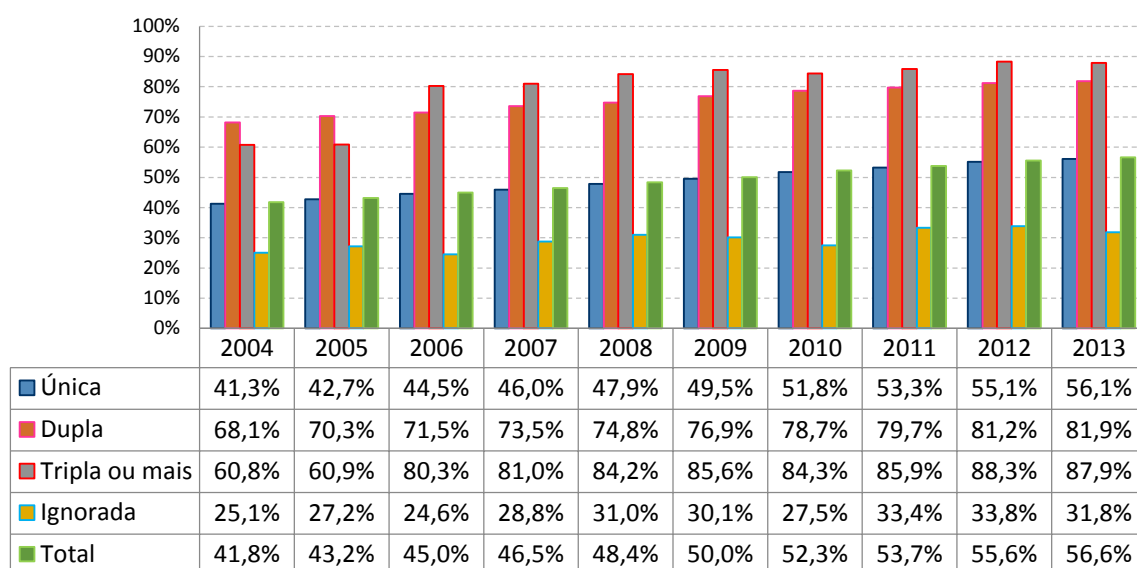
necessidade de antibióticos após o parto, prematuridade, permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) maior morbidade e mortalidade materna e neonatal (SASS; HWANG, 2009).

As complicações neonatais, relacionadas ao parto cesariano são diversas, entre elas destaca-se a complicações associadas as cesarianas desnecessárias em mulheres com idade gestacional ao redor da 37ª semana (peritermo), o qual evidencias comprovam que o procedimento passa a ser um fator contribuinte para a prematuridade tardia iatrogênica, maior ocorrência de desconforto respiratório neonatal, além de recorrente internação em unidades de terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2016).

Um estudo retrospectivo realizado em um hospital público que avaliou as complicações maternas de acordo com a via de parto, foi demonstrado um número maior de complicações maternas associadas a cesariana quando comparado ao parto via vaginal, as principais complicações evidenciadas foram infecções, hemorragias e histerectomia. Ressalta-se que foi evidenciado que tais complicações não estão associadas apenas a cesariana de emergência, pois não houve uma diferença significativa de complicações entre a cesárea eletiva e de emergência (MACHADO et al., 2009).

Diversas são as evidências que apontam a cesariana como o tipo de parto que oferece maiores complicações maternas e neonatais. Cabe salientar, que estudos de análises específicas entre a cesariana de emergência e a cesárea eletiva se fazem necessários, a fim de caracterizar um dado fidedigno relacionando as “tentativas de parto vaginal” que resultaria em uma cesariana de emergência, pois um resultado sem essa diferenciação poderia ser usado como argumento a favor da cesárea eletiva, substituindo o parto vaginal. Por meio da figura 7 é possível visualizar a proporção de nascidos vivos de parto cesáreo segundo o tipo de gravidez.

Tabela 6 – Quantitativo de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e tipo de gravidez



Fonte: DATASUS, 2015.

As indicações de cesariana são divididas em absolutas e relativas. Ressalta-se que, atualmente, a maioria das indicações é relativa destacando-se as mais frequentes como distócia/falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal (posteriores, transversas persistentes), apresentação de face, apresentação córmica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio, centralização fetal e apresentação pélvica, apesar de não haver evidências suficientes a favor da cesariana, assim recomenda-se que quando realizada deve ser intraparto (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Estudo realizado em um hospital universitário descreveu as indicações clínicas e obstétricas que evoluíram para realização da cesariana, entre elas estão sofrimento fetal, cesárea interativa, distócia funcional, patologia materna grave, líquido amniótico meconial, desproporção feto-pélvica, apresentação pélvica, oligoidrâmnio, gestação gemelar, malformação fetal, restrição de crescimento fetal, infecção materna pelo HIV, rotura prematura de membranas e descolamento prematuro da placenta (NOMURA et al., 2004).

Na atualidade, não existe um sistema padronizado de classificação de cesáreas que permita comparar as taxas de cesáreas entre diferentes hospitais como privados e públicos, por exemplo, cidades, países ou regiões de forma que esses dados possam ser utilizados para promover ações relevantes. Por isso, ainda não é possível trocar informações de forma relevante, focada e transparente para monitorar desfechos maternos e perinatais (OMS, 2015).

Um dos motivos apontados para o aumento das cesarianas, tanto no Brasil como em outros países tem sido a escolha das mulheres por esse tipo de parto, a idéia sustentada é a comodidade do parto com dia e hora marcada proporcionando a gestante um parto sem

qualquer tipo de dor, outro conceito exposto é de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, enquanto que o parto vaginal produz perda acentuada da função do coito normal (LEGUIZAMON et al., 2013)

Em estudo realizado por Domingues et al., (2014), os resultados também apontaram que a preferência pela cesariana aumentou no Brasil, quando comparada a estudos anteriores. Esses dados apresentaram diferenças segundo a história reprodutiva das mulheres e fonte de pagamento do parto, sendo menor em primíparas com parto financiado pelo setor público (15,4%) e maior entre múltiparas com cesariana anterior no setor privado (73,2%).

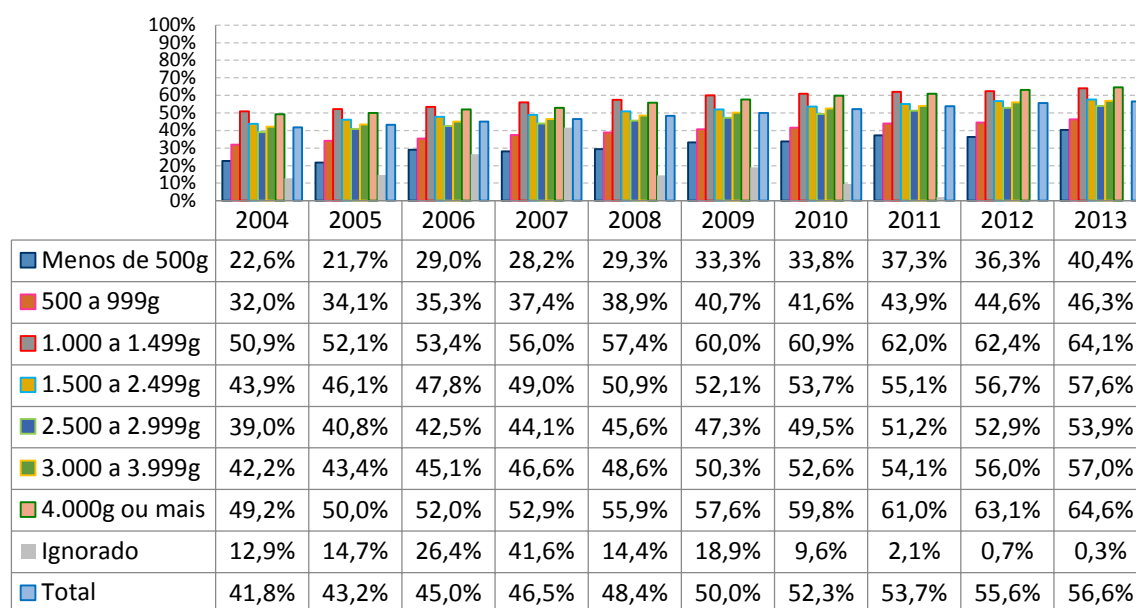
Entretanto, em revisão sistemática recente sobre o tema, foi encontrada uma proporção de preferência pelo parto cesáreo de 15,6%, com valores mais elevados observados em mulheres com cesariana anterior (29,4%) e naquelas que residem em países menos desenvolvidos (22,1% vs. 11,8%), (DOMINGUES et al., 2014).

Sabe-se que as razões para esse aumento são complexas e envolvem vários fatores que vão desde a preocupação com a preservação da anatomia materna e o temor da dor do parto até a comodidade médica em relação ao procedimento (CURY; TEDESCO, 2003). Contudo o fator predominante é a preferência médica pelo parto cesariano, pela conveniência de uma intervenção programada, tendo em vista que o parto cesáreo ocorre em um curto período de tempo, ao contrário do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível de seu tempo. Ressalta-se ainda a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal durante o trabalho de parto via vaginal os leva a uma insegurança médica em relação a sua habilidade por não ter um efetivo treinamento obstétrico, como é o caso da maioria dos partos no Brasil (LEGUIZAMON et al., 2013).

3.3 - Características Neonatais

As características neonatais dos nascidos vivos no Brasil contidas neste estudo são os índices de apgar no primeiro minuto, índices de apgar no quinto minuto, peso ao nascer e presença ou não de anomalia congênita. A Figura 8 representa o percentual de nascidos vivos conforme ano, tipo de parto e peso ao nascer.

Figura 7 – Quantitativo de nascidos vivos de parto cesáreo conforme ano e peso ao nascer



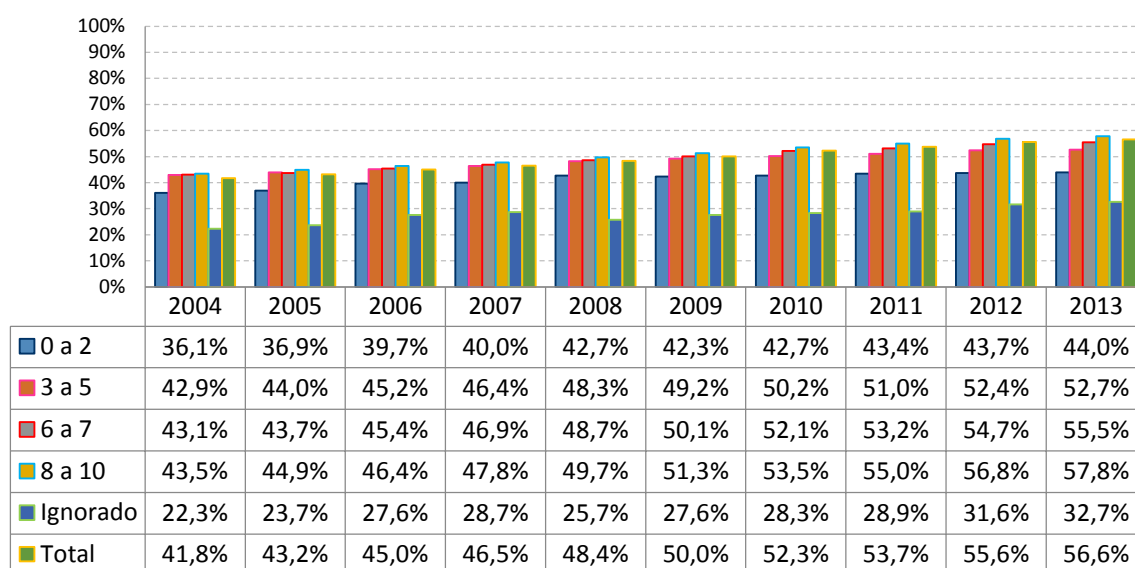
Fonte: DATASUS, 2015.

A incidência de cesariana é elevada em neonatos pequenos para a idade gestacional em relação aos neonatos adequados com idade gestacional entre 26 e 32 semanas. Consta-se que os nascidos vivos com peso de 1000 a 1.499g têm percentuais de partos cesáreos maiores do que os nascidos vivos de parto via vaginal. Esse resultado pode ter relação direta com a prematuridade, no entanto é possível também, que esses dados evidenciados estejam associados a complicações obstétricas prévias, idade da mãe, entre outros fatores que precisam ser analisados separadamente. No período analisado, grande parte dos RN por meio do parto via vaginal apresentaram peso entre 1.5000g a 2.999g. Destaca-se que as características dos nascidos vivos analisados são desconhecidas.

O peso do recém-nascido é um indicador importante da saúde fetal e é um preditor do crescimento normal na infância e adolescência, sendo determinante como risco na morbimortalidade neonatal (NASCIMENTO; COSTA; ZOLLNER, 2013). A Organização Mundial da Saúde define baixo peso ao nascer (BPN) igual ou abaixo 2.500g.

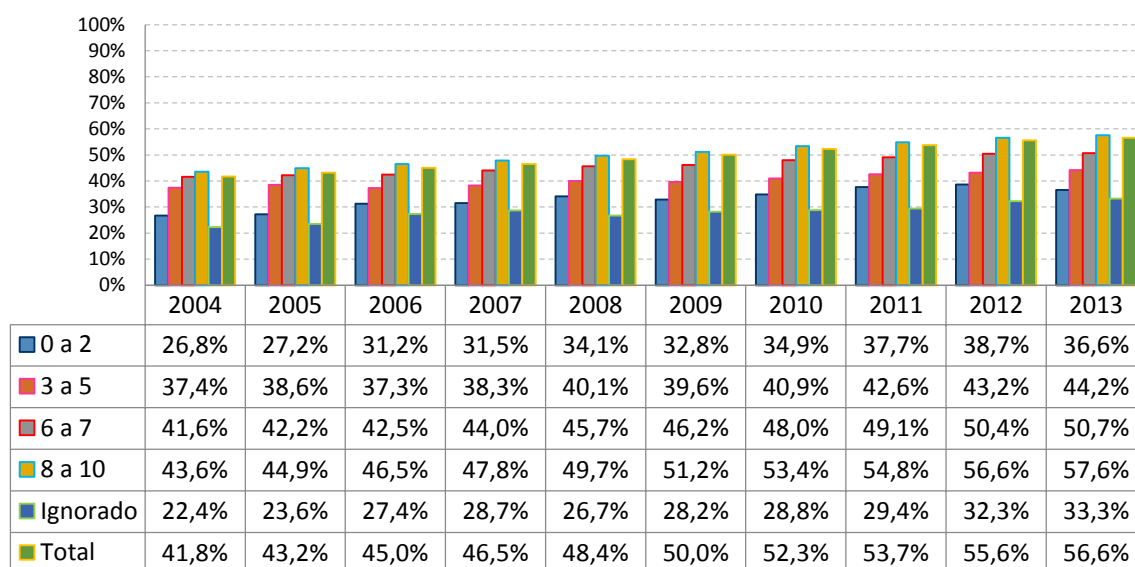
Os índices de apgar no 1º e 5º minuto, dos nascidos vivos através do parto cesáreo, durante o período analisado estão descritos respectivamente nas figuras 9 e 10.

Figura 9 – Quantitativo de nascidos vivos conforme ano, parto cesáreo e índice de apgar no primeiro minuto



Fonte: DATASUS, 2015.

Figura 10 – Quantitativo de nascidos vivos conforme ano, tipo de parto e índice de apgar no quinto minuto



Fonte: DATASUS, 2015.

Observando o índice de apgar no 1º minuto evidencia-se que a maior parte dos recém-nascidos (RN) apresentou dificuldade de adaptação a vida extrauterina, nos partos via vaginal com nota menor ou igual a sete. No entanto, quando comparado a cesárea, constatou-se que

até o ano de 2008 os RN de parto vaginais apresentaram score entre 8 e 10. A partir do ano 2009 houve uma adaptação melhor dos RN de parto cesariano comparado ao parto vaginal, apesar de ser mínima essa diferença.

Em relação ao índice de apgar no 5º minuto, observa-se que a maioria dos RN, permaneceram com nota de apgar entre 0 e 7 na via de parto cesáreo, já no parto vaginal a maior parte dos neonatos apresentaram nota entre 8 e 10 demonstrando melhor adaptação a vida extrauterina.

Ressalta-se que o índice de apgar avalia as condições de vitalidade do recém-nascido à vida extra-uterina, analisando assim a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor da pele do RN. Para cada item é atribuída uma nota de 0 a 2, onde a somatória resulta em uma nota mínima de 0 e máxima de 10 (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013).

A associação do baixo escore de apgar no primeiro minuto com as condições neurológicas do recém-nascido é pobre, pois na maioria das vezes esse baixo valor pode ter sido causado por um rápido período de hipóxia durante o parto. Ao contrário disto, taxas de apgar que se mantêm baixas nos minutos subsequentes geralmente representam complicações importantes (SOUZA, 2003).

Observou-se ainda em diversos estudos como referencial a prevalência da taxa recomendada pela OMS de 15%. Sabe-se, porém, que atualmente no Brasil os valores encontram-se muito acima, causando um impacto negativo tendo em vista que a proporção de partos cesarianos é cerca de até três vezes maiores que a média nacional. Tal evidência gera grande impacto financeiro para o país comparado ao custo do parto por via vaginal.

As taxas de cesárea no Brasil variam bastante, principalmente quando se compara a assistência realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a assistência privada. A taxa de cesarianas no setor de saúde suplementar chega próximo de 80%, enquanto no SUS fica próxima de 30% (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Segundo Sass e Hwang, (2009), as altas proporções de cesarianas registrados na assistência privada, podendo ser justificado pelo fato de que muitos obstetras acreditam realmente que a cesárea é mais segura para o bebê e mais confortável para a mãe. Outra justificativa é que é possível que estes não possuam treinamento satisfatório para a assistência ao parto e assumem que a cesárea pode eliminar situações difíceis de contornar. E por fim, que as cesáreas agendadas seriam mais convenientes e poupariam tempo.

Algumas iniciativas de estímulo ao parto natural têm sido propostas por organismos internacionais, como OMS e OPAS e servido de modelo para as políticas nacionais. Em 2000

a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs oito objetivos, denominados “Objetivos do Milênio”, dentre os quais encontram-se “Melhorar a saúde das gestantes” e “Reduzir a Mortalidade Infantil”. O Brasil, assim como os demais estados-membros da Assembleia Geral da ONU, assumiu o compromisso de empreender esforços em prol do alcance de tais objetivos até o ano de 2015 (BRASIL, 2008).

Este estudo apresentou como limitação a restrição de acesso ao Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SispreNatal, implantado no ano 2000, este permitiria acesso a outras informações mais individualizadas, como idade gestacional no início da assistência pré-natal, exames de rotina, vacinação antitetânica, entre outras. Porém, esses dados não estão disponíveis para consulta regular.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crescentes taxas de cesarianas no Brasil tornaram-se evidentes neste estudo, esses resultados são preocupantes. A cesárea deixou de ser um procedimento a ser realizado apenas em situações em que há riscos para a mãe ou para o bebê, passando a uma banalização, realizada com dia e hora marcada. Apesar de não ter sido identificado isoladamente neste estudo quantos dos partos cesáreos foram eletivos e quais tinham real indicação à cesariana, baseado em evidências, a existência da alta taxa pode ter uma relação direta para tal. Desta forma, uma análise direcionada em hospitais públicos e privados se faz necessária levando em consideração as características das mulheres que são atendidas nesses locais, sabe-se que as indicações para realização do parto cesáreo são diversas, no entanto, a minoria possui evidências científicas e embasamento teórico.

Diversos fatores influenciam na decisão pelo tipo de parto, esses fatores podem ser clínicos, poder de intervenção médica para realização do procedimento que acabam incentivando a escolha materna. Identificou-se nesta análise, por meio do índice de apgar que possíveis complicações que o recém-nascido venha apresentar oriundos do parto cesáreo tenham uma maior proporção quando comparado ao vaginal, levando em consideração que no primeiro minuto de vida apesar dos RN terem apresentado um score inferior comparado ao cesáreo, no quinto minuto de vida houve uma melhora significativa dos scores nos RN de parto via vaginal, já os RN de parto cesáreo mantiveram a nota inicial. A bibliografia é escassa neste sentido, ou seja, poucas são as referências para justificar tal acontecimento.

A literatura constata que a influência do profissional que acompanha o pré-natal e as

orientações recebidas nesse período são decisivas na escolha do tipo de parto, levando em consideração que as gestantes que fizeram maior número de consultas, foram também as que apresentaram maior proporção de parto cesáreo. Nesse sentido, se faz necessário esclarecer as gestantes e os acompanhantes, informações sobre a fisiologia do parto, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, as vantagens, desvantagens e riscos dos diversos tipos de parto. É de fundamental importância refletir e problematizar com os profissionais de saúde sobre esta temática, buscando desmedicalizar esse momento da mulher e da família.

Estudos mais complexos se fazem necessários, para que haja esclarecimentos sólidos referentes a condutas imediatas que podem ser tomadas em cada caso, a fim de minimizar os riscos. Pois não foram encontrados muitos estudos dissertando sobre a forma de abordagem e o instrumento de oferta de informação a respeito do modo de nascimento. Porém, considera-se que a abordagem do tema pode ser individual ou em grupo de gestantes, e a discussão sobre assuntos inerentes a gestação e ao processo do nascimento pode ajudar a esclarecer dúvidas e também a fomentar questionamentos sobre os riscos e as situações em que a operação cesariana é necessária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F.; **Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I**. Recife, Brasil. FEMINA. Vol 38, n. 8, Ago. 2010.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfil sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 46 n. 4, p. 685-693, Ago. 2012.

BITTENCOURT, F.; VIEIRA, J.; ALMEIDA, A. **Concepção de gestantes sobre o parto cesariano**. Cogitare Enfermagem, Vol. 18, n. 3, p. 515-520. Jul/Set. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). **Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante**. Resolução Normativa nº 398, Fev. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. **Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Comissão nacional de incorporação e Tecnologias no SUS, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à**

mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 53,5% dos partos cesáreos são marcados com antecedência, no pré-natal.** Brasília 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5). Brasília, 2006

CAMPOS, A. L. A.; et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

CARVALHO, L. E. C.; et al. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2906-16, 2007.

CURY AF, TEDESCO JJA. Aspectos polêmicos na indicação da cesariana. **Femina**, Vol. 31, n. 9, p. 809-12, 2003.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al.; Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30, 2014.

DOMINGUES, R. M. S.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, p. 52- 62, 2004;

FABRI, R. H. et al. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público universitário e um hospital privado. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, vol. 2 n. 1, p. 29-35, jan/abr, 2002.

FOGELSON, N. S. et al. **Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term: a comment on patient choice cesarean delivery.** Am J Obstet Gynecol. Vol. 92, n. 5, p. 433-6, 2005.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública.** Porto Alegre, vol. 39, n. 5, p. 761-7, 2005.

FREITAS, P. S.; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 27, n. 10, p. 2009-2020, out, 2011.

FREITAS P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos

associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 5, p.1051-61, mai, 2008.

GONÇALVES, A. K.; MISSIO L. **Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto**. In: 7º Encontro de Iniciação Científica. [Internet] Dourados: UEMS; 2009.

GREGORY KD, JACKSON S, KORST L, FRIDMAN M. **Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits?** Am J Perinatol. Vol. 29, n. 1, p. 7-18, 2012.

HEMMINKI E, SHELLEY J, GISSLER M. **Mode of delivery and problems in subsequent births: a register-based study from Finland**. Am J Obstet Gynecol. Vol. 193, n. 1, p. 169-77, 2005.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar. 2015.

LEGUIZAMON JUNIOR; et al. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. Bioética**. Brasília, v. 21, n. 3, p.509-517, dez. 2013.

MACHADO JUNIOR, L. C. et al. Via de parto e complicações maternas em hospital público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 1, p. 124-132, jan, 2009.

MARCOLIN, A. C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. vol. 36, n. 7, Rio de Janeiro, Jul, 2014.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro, 11ª Edição, p. 1013, Editora Guanabara Koogan Ltda, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS/SVS/DASIS, **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Dados de 2012. SINASC e SIP/ANS. 2013.

NASCIMENTO LF, COSTA TM, ZOLLNER SAC. Distribuição espacial de recém-nascidos de baixo peso ao nascer em Taubaté, São Paulo, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, vol. 31, n. 4, p. 466-72, 2013.

NOMURA, R. M. Y. et al. Complicações maternas e tipo de parto. **Rev Saúde Pública**. Vol. 38, n. 1, p. 9-15, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura assistência ao parto normal**: um guia prático. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. Brasília, Ministério da Saúde; OMS, p. 53, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde, Genebra 27, Suíça, OMS, 2015.

PAIM, et al.; Taxa de cesárea primária no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**. Porto Alegre, vol. 28, n. 3, p. 136-41, 2008.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

RODRIGUES, J. et al. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, vol. 4, n. 1, p. 48-53, set. 2016.

SAKAE, T. M. et al. Fatores associados à taxa de cesárea. **Rev Saúde Pública**. Florianópolis, SC, vol. 43, n. 3, p. 472-80, 2009.

SASS, N.; HWANG, S. M. **Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil**. Diagn Tratamento. Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo. Vol. 14, n. 4, p. 133-7, Set. 2009.

SOARES, D. M. D. et al. **Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto**: avaliação de gestantes que realizaram o pré natal em uma unidade básica de saúde de um bairro no interior da cidade de Pelotas. In: 18º Congresso de Iniciação Científica. Pelotas, UFPEL; 2009.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R; PORTO, A. M. F. **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico**. FEMINA, vol 38, n. 10, Set. 2010.

SOUZA, F. M. **Fatores associados à asfixia perinatal no Brasil**. Estudo populacional com base no sistema de Informações Nascidos Vivos. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher – Fundação Osvaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2003.

UNA SUS, (Universidade aberta do Sistema Único de Saúde). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. São Paulo, 2015.

VILLAR J. et al. World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. **Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery**: multicentre prospective study. Vol. 335, n. 7628, 1025, BMJ. 2007.